

ІНДЕКС ОЦІНКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ*

Лікарня №:

Дата:

Ініціали:

д / м / р

Адреса:

Діагноз: _____

Бал:

DLQI

Мета цього опитувальника – визначити, наскільки Ваші шкірні проблеми впливали на Ваше життя **ПРОТЯГОМ ОСТАННЬОГО ТИЖНЯ**. Будь ласка, позначте галочкою ✓ один квадратик для кожного питання.

1.	Протягом останнього тижня, наскільки сверблячою, чутливою, болючою або пекучою була Ваша шкіра?	Дуже сильно Значно Трохи Зовсім ні	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2.	Протягом останнього тижня, наскільки Вам доводилося ніяковіти або соромитися внаслідок шкірних проблем?	Дуже сильно Значно Трохи Зовсім ні	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3.	Протягом останнього тижня, наскільки Ваші шкірні проблеми заважали Вам ходити в магазин чи доглядати за Вашим помешканням або городом ?	Дуже сильно Значно Трохи Зовсім ні	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не має до мене відношення <input type="checkbox"/>
4.	Протягом останнього тижня, наскільки Ваші шкірні проблеми впливали на вибір Вами одягу ?	Дуже сильно Значно Трохи Зовсім ні	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не має до мене відношення <input type="checkbox"/>
5.	Протягом останнього тижня, наскільки Ваші шкірні проблеми впливали на Ваше спілкування з іншими людьми або на дозвілля ?	Дуже сильно Значно Трохи Зовсім ні	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не має до мене відношення <input type="checkbox"/>
6.	Протягом останнього тижня, наскільки Ваші шкірні проблеми ускладнювали Ваші заняття будь-яким видом спорту ?	Дуже сильно Значно Трохи Зовсім ні	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не має до мене відношення <input type="checkbox"/>

7.	Чи перешкоджали Ваші шкірні проблеми Вашій роботі або навчанню протягом останнього тижня?	Так Ні	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не має до мене відношення <input type="checkbox"/>
	Якщо "Ні", то наскільки Ваші шкірні проблеми заважали Вам в роботі або в навчанні протягом останнього тижня?	Значно Трохи Зовсім ні	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
8.	Протягом останнього тижня, наскільки Ваші шкірні проблеми ускладнювали спілкування з Вашим партнером або з ким-небудь з Ваших близьких друзів або родичів ?	Дуже сильно Значно Трохи Зовсім ні	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не має до мене відношення <input type="checkbox"/>
9.	Протягом останнього тижня, наскільки Ваші шкірні проблеми викликали які-небудь сексуальні труднощі ?	Дуже сильно Значно Трохи Зовсім ні	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не має до мене відношення <input type="checkbox"/>
10.	Протягом останнього тижня, наскільки лікування Вашої шкіри завдавало Вам проблеми, наприклад, забруднювало Ваше помешкання або забирало час?	Дуже сильно Значно Трохи Зовсім ні	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Не має до мене відношення <input type="checkbox"/>

Перевірте, будь ласка, що Ви відповіли на КОЖНЕ питання. Дякуємо.

© A.Y. Finlay, G.K. Khan, April 1992. Забороняється копіювати без попереднього дозволу авторів.
Ukrainian version of DLQI

* Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) - A simple practical measure for routine clinical use. Clinical and Experimental Derm 1994; 19:210-16.